

THÈSE

244

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Armand, Jacques, Charles, François HERISSET

Né le 21 Décembre 1910 à Mouliherne (M.-&-L.)

**Hémorragies intraperitonéales
d'origine ovarienne
chez l'enfant pubère**

Président : CHEVASSU, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

442

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Armand, Jacques, Charles, François HERISSET

Né le 21 Décembre 1910 à Mouliherne (M.-&-L.)

Hémorragies intraperitonéales d'origine ovarienne chez l'enfant pubère

Président : CHEVASSU, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUE WIN		MOURE	
LAROCHE (G)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 septembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

*qui n'a cessé d'être pour moi la com-
pagne idéale des bons et des mauvais
moments.*

A MA MERE

en témoignage de mon immense affection.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR A. HERISSET

dont le souvenir m'a toujours guidé.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

*qui fut toujours pour moi l'amie la
plus sûre.*

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE MEDECIN GENERAL PAITRE

A MES PARENTS

Mademoiselle ALIGNÉ
Monsieur Auguste HERISSET
Monsieur Paul ALIGNÉ
Le Docteur Marcel ROY
Le Médecin Vétérinaire Georges REGNIER

*pour lesquels j'éprouve la plus vive
sympathie.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA GRAND'MERE

MADAME PAUL MENAGE

A MES AMIS

MADAME ET MONSIEUR BADERE DE SAINT-NABOR

A MON VIEUX CAMARADE
LIEUTENANT ROGER GODEFROY

A TOUS CEUX QUI ONT GUIDE
ET CONSEILLE MA JEUNESSE

A MES CAMARADES DU FRONT

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

Professeur de Clinique Urologique
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Il m'a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Qu'il trouve
ici l'assurance de ma profonde recon-
naissance, de ma respectueuse admira-
tion et de mon dévouement.*

A MES AINES DANS LA CARRIERE

tout particulièrement

MESSIEURS LES DOCTEURS

AUSSANAIRE ET JAMAIN

auxquels me lie une très vive amitié.

A TOUS LES JOYEUX GARÇONS

*qui peuplaient les salles de garde où
je suis passé et m'ont initié aux à-côtés
de la médecine.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEVRAIGNE

*qui a toujours témoigné la plus grande
bienveillance à son jeune élève et dont
les conseils ont été pour lui d'une ex-
trême utilité au cours de ses études.
Qu'il veuille bien trouver ici sa très
respectueuse et très affectueuse grati-
tude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet •

*qui fut mon premier maître dans les
hôpitaux de Paris et à qui je dois les
principes qui m'ont toujours guidé
ultérieurement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ-BOYER

dont l'enseignement limpide m'a permis de faire la synthèse des notions acquises au cours mes études.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur LEREBoullet
Monsieur le Docteur BROUARDEL
Monsieur le Professeur DEVRAIGNE
Monsieur le Professeur LEMIERE
Monsieur le Professeur MILLIAN
Monsieur le Professeur GUILLAIN
Monsieur le Professeur FEY
Monsieur le Professeur LEMAITRE
Monsieur le Professeur TERRIEN
Monsieur le Professeur LEVY-WALLENZY

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT MEDICO-LEGAL

Monsieur le Professeur BALTHAZARD

Monsieur le Professeur DUVOIR

Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE

Monsieur le Docteur DESSOUALLE

Monsieur le Docteur AUSSAIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

« Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

AVANT-PROPOS

Nous aurions désiré développer beaucoup plus cette question des "hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne chez des enfants pubères. Mais les circonstances ont voulu que ce travail fût élaboré et terminé au cours d'une permission, et nous nous excusons de ne pouvoir présenter ici qu'une thèse de guerre.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à tous ceux qui nous ont aidé, et tout particulièrement au Docteur Jean MOULS, notre très respectueuse gratitude pour l'amabilité qu'il nous a montrée en nous permettant d'aller fouiller dans ses archives et pour les explications si intéressantes qu'il nous a données.

BUT DE THESE

Le but de cette thèse va être double.

Tout d'abord, essayer de rechercher et de classer les facteurs étiologiques des inondations péritonéales chez la jeune fille récemment formée.

Ensuite, montrer la difficulté du diagnostic entre l'inondation péritonéale et l'appendicite aiguë de l'adolescente.

GENERALITES

Nul n'ignore avec quelle uniformité réagissent les enfants à toutes les affections péritonéales, que ce soient des maladies purement médicales ou des maladies qui relèvent du chirurgien; et il en est une au tableau clinique extrêmement varié, à laquelle on pense toujours en présence d'une réaction péritonéale quelconque, parfois même devant de simples troubles digestifs.

C'est l'appendicite.

Aucune affection ne se rapproche plus des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne chez l'enfant pubère, et c'est heureusement en effet que la génération qui nous a précédés a réussi à faire passer cet axiome aujourd'hui admis par tous : *il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.*

Car dans les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne, il en est exactement de même; ce qui minimise en quelque sorte une erreur de diagnostic, puisque la sanction thérapeutique est identique dans les deux cas.

Le seul traitement médical de l'une ou de l'autre de ces affections court, en effet, de trop gros risques pour qu'on s'y attarde.

Leur seul énoncé semble ridicule pour certains de nos Maîtres.

« Un organe abdominal saigne à l'intérieur du péritoine, il faut y aller voir », a dit CESTAN.

Et, comme on nous l'a enseigné : « En regard d'une opération inutile, des dizaines de malades seront sauvés par cette loi de l'intervention systématique », aussi bien pour l'appendicite que pour l'hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne.

Chaque fois que l'on suspectera chez une enfant récemment formée l'une de ces deux maladies, CESTAN dit textuellement qu'« il ne faut pas reculer devant une opération dont les risques sont minimes, malgré parfois l'extrême faiblesse de la malade, comparés à ceux des suites, presque toujours fatales ».

HISTORIQUE

Les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne sont classiques chez la femme adulte. Nous ne rappellerons que pour mémoire les hémorragies consécutives à la rupture d'une grossesse extra-utérine, et le tableau souvent dramatique qu'elles entraînent.

En dehors de cette étiologie que l'on retrouve neuf fois sur dix dans ces hémorragies, nous devons faire une place aux diverses affections de la trompe, de l'ovaire et de l'utérus.

Tels les kystes de l'ovaire, les malformations, les infarctus, les fibromes...

Chez la jeune fille récemment formée, ces hémorragies intra-péritonéales sont infiniment rares ; ce n'est qu'en 1894 que CESTAN a attiré l'attention en publiant des observations sur les facteurs étiologiques de ces inondations péritonéales.

Il dit que l'ovaire peut être la source d'hématocèles, soit à l'état sain, mais alors insignifiantes, trop vite résorbées et trop petites pour être cliniquement appréciables, soit à l'état pathologique : dégénérescence scléro-kystique, ovarite infectieuse associées le plus souvent d'ailleurs à des lésions salpingiennes, alors seulement capables d'entraîner le tableau de l'hématocèle (ceci ne s'applique pas exactement au cas qui nous intéresse).

BONNEAU, d'autre part, rapporte que, le 28-2-13, appelé pour une toute jeune femme prise de douleurs violentes

dans la fosse iliaque gauche, et qui, au moment d'être transportée, eut une syncope « paraissant mortelle », l'auteur fit une laparotomie instantanée sur place et trouva, outre un péritoine rempli de sang, une « éraillure du péritoine mesurant à peine 1 cm., par laquelle du sang noir coulait lentement d'une veine utéro-ovarienne ».

Bien entendu, pas de grossesse extra-utérine.

« L'auteur ne crut pas *a priori* que cette lésion minime pût suffire à expliquer l'inondation », explora minutieusement tout le ventre, mais ne trouva rien d'anormal.

Depuis, d'autres auteurs ont insisté, de leur côté, sur la difficulté du diagnostic de cette inondation péritonéale de la jeune fille récemment formée.

Et c'est essentiellement sur ce fait délicat que nous allons diriger notre travail, en nous référant aux ouvrages d'auteurs connus.

DESCRIPTION

Les auteurs modernes réunissant dans une même description toutes les hémorragies intra-pelviennes d'origine génitale devaient, à leur tour, forcément conclure à la rareté de l'enkystement.

Pour CETAN, l'hémorragie se comporte de deux façons :

a) Le plus souvent, en l'absence de barrières néomembraneuses, elle se prolonge, continue ou par crises, jusqu'à la mort de la malade, qui peut survenir brusquement en quelques heures ou en quelques jours. La reprise de l'hémorragie peut enlever les malades qui auraient résisté à une première atteinte; ce sont les cas graves.

b) Plus rarement, ce sont les cas bénins, à la faveur de lésions péritonéales antérieures ou concomitantes, l'épanchement s'arrête et s'enkyste. Il se résorbe ensuite avec une rapidité d'autant moindre que la séreuse est plus malade; ou il suppure par infection du voisinage.

MARCOULIDÈS, dans le *Dauphiné Médical* de décembre 1938, pense que « le début de l'affection peut coïncider avec des hémorragies utérines pubertaires », lequel début se fait :

Soit dès la puberté, avec l'installation menstruelle, que celle-ci soit précoce, normale ou tardive;

Soit après plusieurs mois ou années de règles norma-

les : ce sont les hémorragies pubertaires; ce sont les hémorragies secondaires;

Soit enfin après une phase d'hémorragies primitives qui dure plusieurs mois; les règles redeviennent normales, les hémorragies secondaires s'installent.

Anatomiquement, ces hémorragies ne s'accompagnent d'aucune lésion de l'appareil génital. Seule l'observation de MUNZESHUMER signale l'absence de corps jaune. Enfin l'examen des débris, recueillis par le curetage utérin, montre que la muqueuse utérine est parfois modifiée.

L'exploration a permis de démontrer l'existence de petites lésions ovariennes : kyste folliculinique, souvent hémorragique, absence de corps jaune récent.

Ces constatations, à prime abord contradictoires, prouvent que la lésion principale qui engendre ces hémorragies n'est pas dans la muqueuse, le muscle ou les vaisseaux utérins.

Ces hémorragies seraient sous la dépendance de petites lésions ovariennes, comme l'ont constaté la plupart des chirurgiens par l'examen des organes génitaux au cours de l'intervention.

A la longue, une muqueuse utérine, primitivement normale, soumise à des poussées congestives successives, présente des altérations histologiques. « Les fausses utérines deviendraient ainsi de vraies utérines. » (DALCHE.)

MERLE, d'autre part, voit aux hémorragies intra-péritonéales *trois origines possibles* :

« Péritonéale : douteuse, au moins exceptionnelle;

Utérine : rare;

Ovarienne : la plus fréquente.

Lorsqu'il s'agit d'hémorragies de l'ovaire non gravide, il est à remarquer que, dans les cas publiés d'hémorra-

gie d'origine ovarienne, on constate que celle-ci se produit tantôt au niveau d'un ovaire normal, tantôt, et dans la plupart des cas, au niveau d'un ovaire altéré.

1° Hémorragies au niveau d'un ovaire presque normal : rares, mais incontestables, comme nous le verrons plus loin dans l'observation qui nous a suggéré cette thèse.

2° Hémorragie au niveau d'un ovaire altéré : éventualité de beaucoup la plus fréquente.

Mentionnons enfin que, à côté de ces hémorragies secondairement rompues dans le péritoine, on a signalé la possibilité d'hémorragies isolées à l'intérieur du stroma ovarien.

Le mécanisme de leur développement et de leur rupture ultérieure n'a rien de spécial. Il est également conditionné par la sclérose parenchymateuse et vasculaire.

Dans les cas où l'on diagnostique l'inondation ou l'hématocèle, on pense aussitôt à une grossesse tubaire rompue, et c'est l'intervention qui montre la cause véritable de l'hémorragie. »

Cependant, dans quelques cas, certaines particularités pourraient faire éliminer, dès l'examen clinique, la grossesse comme origine des accidents. Ce sont la virginité anatomique dûment constatée, l'intégrité du col, qui n'est pas augmenté, qui est de consistance normale, qui ne laisse jamais suinter ces pertes brunâtres, chocolat, si importantes dans le diagnostic de l'hématocèle par rupture tubaire.

DIAGNOSTIC

C'est le point le plus intéressant à étudier.

L'hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne chez une jeune fille récemment formée est *a priori* difficile à distinguer des autres affections, telles que l'appendicite, qui donne un tableau clinique presque analogue.

CHARRIER, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, du 17 octobre 1912, cite :

« Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

« Les hématocèles de l'ovaire, longtemps ignorées, n'en constituent pas moins un fait important d'observations cliniques : l'hématocèle qui peut résulter de leur rupture en est une complication peu fréquente et facilement mise sur le compte d'une grossesse extra-utérine. »

Mais on ne doit pas considérer comme littéralement exacte la phrase de FAURE, placée dans un traité aujourd'hui classique : « Rupture et avortement tubaires, tels sont les accidents que l'on retrouve à l'origine dans toutes les hématocèles. »

Nous nous demandons même si, plus souvent qu'on ne le pense, on ne pourrait pas écarter le diagnostic de grossesse utérine en examinant complètement, au cours de laparotomies, le petit bassin des opérées.

On a vécu si longtemps avec l'idée que toute hématocèle reconnaissait pour unique cause la grossesse extra-utérine que, trop facilement peut-être, en présence de

sang épanché dans le Douglas, on juge comme indispensable ce diagnostic étiologique, et ceci sans le contrôle anatomo-pathologique.

Ce qui frappe à la lecture des travaux modernes sur cette question, c'est que les faits d'hématocèle n'ayant pas la grossesse comme origine sont beaucoup plus publiés dans les pays de langue allemande.

En France, les publications sur l'hématocèle ont toujours les honneurs de l'actualité, mais on s'occupe surtout du côté purement opératoire, et cependant il semble étonnant qu'une affection d'allures somme toute aussi variées, puisse résulter d'une lésion unique.

Quant à BESANÇON, il pense que les théories que l'hématocèle a fait naître permettent de diviser son histoire en trois périodes.

La première se caractérise par la pluralité des causes que les auteurs rendent responsables.

La deuxième par l'unicité presque absolue de celles-ci représentées par la seule grossesse extra-utérine.

La troisième, enfin, par l'unicité mitigée des sources de l'hémorragie qui, laissant à la gestation ectopique la place qu'elle mérite dans l'étiologie de l'hématocèle, n'en reconnaît pas moins l'existence des autres causes.

« Nous esquissons rapidement l'histoire de ces trois périodes :

Les inondations péritonéales et les hématocèles pelviennes qui surviennent en dehors de la grossesse ectopique représentent malgré tout les hémorragies d'origine génitale; c'est donc au niveau de chaque organe de l'appareil reproducteur qu'il convient d'étudier leurs causes.

Il les classe alors en trois chapitres :

Causes ovariennes;

Causes tubaires;

Causes internes de ces hémorragies.

Ovariennes. — Nous voyons que, si le stroma ovarien peut en être le point de départ, l'appareil en demeure la principale origine.

La ponte ovulaire hémorragique est la première car c'est la plus simple, ensuite les hémorragies du corps jaune car ce sont les plus importantes.

Et ensuite : rupture d'ématomas folliculaires, rupture de kyste folliculaire, de kyste du corps jaune, de kyste sanguin, apoplexie de l'ovaire et rupture de tumeur ovarienne.

Le diagnostic, selon lui, doit être envisagé à plusieurs points de vue :

— La reconnaissance de l'hémorragie interne;

— La remarque que l'hémorragie n'est pas attribuable à un accident de grossesse ectopique;

— Et enfin, « pour que le diagnostic puisse revêtir toute la précision désirable », la détermination à quelle forme anatomique appartient l'hémorragie.

Car, ajoute-t-il, si étrange que la chose puisse paraître, nous devons affirmer d'abord que la présence même d'une lésion génitale a quelquefois besoin d'être diagnostiquée.

L'inondation péritonéale et l'hématocèle, indépendantes de la grossesse, sont des hémorragies d'origine génitale dont la cause peut siéger sur chaque organe de l'appareil reproducteur : ovaire, trompe, utérus.

L'ovaire présente quelquefois le point de départ d'élection de ces hémorragies.

Les hémorragies abdominales d'origine ovarienne survenant en dehors de la grossesse ectopique peuvent apparaître spontanément; elles peuvent être favorisées par plusieurs influences.

— Le traumatisme n'exerce qu'inconstamment la sienne, mais, quand il l'exerce, c'est à titre de cause déterminante.

— L'hyperhémie peut aussi jouer ce rôle.

— L'inflammation est à la base de beaucoup d'hémorragies ovariennes se répandant dans le péritoine.

— Des prédispositions individuelles doivent enfin être soupçonnées dans l'étiologie de celles-ci.

La première est la plus fréquente, les autres ne représentent, par contre, que de véritables exceptions. »

Pour FESQ, les accidents de la grossesse extra-utérine peuvent simuler l'appendicite dans quatre cas :

« — Grossesse extra-utérine simulant l'appendicite chronique ou l'appendicite localisée.

— Hématocèle simulant l'appendicite aiguë.

— Inondation péritonéale simulant l'appendicite septique diffuse.

— Hématocèle suppurée simulant l'appendicite pelvienne.

Le diagnostic sera aidé par les commémoratifs et surtout par une étude de l'évolution faite minute par minute.

Par la marche de l'anémie en particulier.

Il ne se fondera jamais sur un symptôme mais sur un binôme symptomatique au moins.

Certains cas de confusion s'expliquent par l'existence d'hématocèles latéro-utérins.

La co-existence des deux affections est peut-être une indication de l'appendicectomie préventive.

Lorsqu'une malade récemment formée est amenée à l'hôpital pour une affection abdominale déterminant un état général très grave, on peut dire que les deux idées qui se présentent d'emblée sont la péritonite septique diffuse et l'inondation cataclysmique; ces deux affections ayant des signes communs.

Pour peu que la douleur ait son maximum à droite ou même à l'épigastre, l'embarras augmente.

La douleur est bien plutôt un élément de confusion. La douleur à l'épigastre est une douleur spontanée et non provoquée; il est vrai que la douleur atroce, syncopale de certaines ruptures ne permet pas une erreur de diagnostic.

La température. — Quoi qu'il en soit, il est certain qu'une faible élévation de température hors de proportion avec les autres symptômes est caractéristique de l'hémorragie intra-péritonéale plutôt que de l'appendicite.

Un autre signe d'appendicite, selon FESQ, et « surtout d'appendicite grave », est la différence entre la température axillaire et la température rectale.

L'état général peut se résumer en :

Hyperinfection dans l'appendicite;

Hyperanémie dans l'inondation.

Dans le syndrome gastro-intestinal, les signes permettant de différencier l'appendicite grave de la rupture tubaire sont :

- Le ténesme rectal prémonitoire de la rupture;
- La langue saburrale de l'appendicite et la langue rose et humide de l'inondation;
- L'absence de vomissements porracés dans la rupture.

Syndrome génital. — Le plus souvent l'avortement tubaire imminent et la rupture de la trompe s'accompagnent d'un écoulement externe qui ne doit pas être confondu avec les règles. »

Si nous résumons cette étude, nous voyons qu'on a pu confondre l'inondation péritonéale avec l'appendicite grave à cause des *troubles de l'état général*, et l'hématocèle et la grossesse non rompue avec les appendicites localisées à cause des *signes locaux*.

De même, il ne faut pas se contenter d'un signe pour faire un diagnostic mais il faut un groupe de signes dont celui-ci qui a une grande valeur :

C'est le binôme : *douleur et syncope*.

Il serait intéressant, dans les cas d'inondation péritonéale ayant simulé l'appendicite, de rechercher la topographie de la trompe et les autres stigmates d'infantilisme pelvien ainsi que l'existence du repli appendiculo-ovarien.

OBSERVATIONS

A l'appui de ces théories, nous rapportons ensuite quelques observations, les unes déjà publiées, d'autres inédites.

Et nous terminerons sur une observation personnelle qu nous avons recueillie et travaillée avec le D^r Jean MOULS, sur une de ses jeunes opérées.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Voici tout d'abord l'observation, malheureusement incomplète, d'une hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne due à la rupture d'une tumeur kystique, peut-être kyste folliculaire, rapportée par LAUMONIER et LACOSTE le 16 octobre 1938 dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*.

Il s'agit d'une hémorragie intra-péritonéale non gravidique simulant l'appendicite.

« M^{lle} X..., 14 ans, est prise dans la nuit d'une douleur brutale dans la fosse iliaque droite, suivie de vomissements; température, 37°8. Nous la voyons à 3 heures du matin; le facies est très légèrement pâle, le pouls bat à 110, l'abdomen respire mal.

« Il existe une défense musculaire avec douleur à la pression au niveau du point de Mac Burney. Les dernières règles, qui datent de trois semaines, ont été normales; le toucher vaginal est impossible; le toucher rectal montre une certaine sensibilité à droite.

« Le diagnostic d'appendicite paraît s'imposer; une intervention immédiate est décidée.

« Anesthésie générale à l'éther, incision de Mac Burney.

« Dès la dissociation musculaire achevée, le péritoine, bleuté, bombe, et nous songeons tout de suite à une grossesse extra-utérine rompue.

« A l'ouverture du péritoine, le sang jaillit légèrement vers le bas, et une tumeur ovarienne kystique et rompue se montre aussitôt. Elle est largement déchirée à sa partie inférieure. Sur les tranches de cette déchirure, deux artères saillent. La tumeur s'est entièrement substituée à l'ovaire droit. La trompe est saine. Annexectomie droite. Les parois du kyste sont noires, entièrement infarciées.

« Aspiration du sang, drain dans le Douglas, fermeture en trois plans.

« Les suites furent simples; les règles apparaissent le lendemain de l'opération.

« Sur le fragment examiné, on voit un stroma fibro-vasculaire bordé par places de plages épithéliales formées par plusieurs couches de cellules folliculeuses.

« Devant cette carence de notre examen histologique, nous avons recherché les signes cliniques susceptibles d'éclairer le diagnostic de cette tumeur kystique; nous avouons que ceux-ci sont bien insuffisants pour étayer le diagnostic de tumeur folliculaire auquel nous pensions.

« Quoi qu'il en soit, il est curieux de constater, au point de vue du diagnostic, qu'en commettant l'erreur de croire à une appendicite, nous n'avons fait que répéter la faute commise d'une façon quasi constante en pareil cas. »

DEUXIÈME OBSERVATION.

Voici maintenant, pris dans le numéro de juin 1938 des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, le rapport de M. P. MOULONGUET au sujet d'hémorragie intra-péritonéale non gravidique d'origine ovarienne.

« L'intérêt des observations de M. MARX est indéniable.

« Voici la genèse de ses recherches.

« Il a eu l'occasion d'opérer deux jeunes filles prises d'accidents abdominaux brutaux, avec de la fièvre à 39° dans un cas, de la défense pariétale dans l'autre cas, et ayant fait, comme il est bien naturel devant de pareils symptômes, le diagnostic d'appendicite, il a trouvé du sang dans le péritoine en grande quantité et a dû enlever l'ovaire droit dans un cas, l'ovaire gauche dans l'autre, parce qu'ils saignaient.

« Son attention étant alors vivement attirée sur ces lésions, M. MARX a regardé les ovaires au cours de plusieurs laparotomies où il était intervenu pour un syndrome abdominal aigu ou chronique et où les lésions appendiculaires qu'il rencontrait ne lui paraissaient pas suffisantes à expliquer les symptômes.

« Il a eu la surprise de trouver au niveau des ovaires des phénomènes congestifs marqués; il a provoqué, par l'extériorisation de l'ovaire, une rupture avec hémorragie et il a dû faire, pour cette lésion, une résection partielle de l'organe.

« Dans ces cas, donc, où il n'y avait pas d'hémorragie intrapéritonéale, le chirurgien a, par son exploration, décelé un état anormal de l'ovaire et, qui plus est, l'examen histologique a confirmé la similitude, on pourrait dire *l'identité des lésions dans les deux groupes d'observations : les ovaires rompus ayant saigné dans le péritoine, et les ovaires congestifs non rompus spontanément.*

« Ces constatations, qui n'avaient pas encore été faites avec cette netteté, peuvent donc nous éclairer sur les conditions des ruptures ovariennes, qui sont restées jusqu'ici fort mal déterminées.

« Il faut d'abord insister sur les lésions trouvées par l'examen histologique des ovaires : existence d'un volumineux foyer hémorragique récent qui dissocie les éléments du parenchyme ovarien au voisinage d'un corps jaune en pleine activité, et lui-même hémorragique.

« L'hématome interstitiel atteint en une zone la surface de l'ovaire, mais il est assez large pour intéresser aussi la région médullaire. Les éléments histologiques de l'ovaire sont par ailleurs normaux.

« Il s'agit, en résumé, d'une apoplexie ovarienne relativement limitée, cantonnée au voisinage d'un corps jaune. »

Dans un cas, M. MARX, ayant trouvé une hémorragie aux dépens de l'ovaire droit et un kyste hématique sur l'ovaire gauche, fit une résection partielle des deux ovaires.

L'examen histologique montre dans ce cas l'identité des lésions sur les deux organes : celui qui avait saigné dans le péri-toine et celui qui était le siège d'une apoplexie enclose.

Dans le dernier cas, enfin, l'hémorragie fut faite exclusivement à l'intérieur d'un kyste folliculaire.

Les examens anatomo-pathologiques démontrent donc dans les observations de M. MARX la fréquence d'une localisation hémorragique qui, jusqu'à présent, était considérée comme exceptionnelle :

L'apoplexie dans le stroma.

TROISIÈME OBSERVATION.

Nous nous permettons de rapporter, maintenant *in extenso*, une observation inédite due à l'amabilité du D^r Jean MOULS :

Il s'agit d'une enfant, Lucie C..., âgée de 12 ans, qui, depuis trois mois, est réglée régulièrement toutes les quatre semaines. Ses règles durent en moyenne 5 à 6 jours, mais elles sont toujours très douloureuses pendant les quelques heures qui précèdent leur apparition.

Les dernières règles datent du 15 mars et ont présenté les caractères habituels.

«Le 8 avril (donc 8 jours avant la date présumée des règles), à 10 heures du matin, brutalement l'enfant ressent une douleur violente, localisée à la partie inférieure et droite de l'abdomen; cette douleur est intense, continue, sans irradiation. Elle s'accompagne, après quelques minutes, de nausées, puis de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux.

« Nous sommes amenés à voir la malade trois heures après le début de la crise.

« Le facies est un peu pâle la respiration accélérée, le pouls est rapide (140 pulsations), la température rectale s'est élevée à 38°3.

« L'examen de l'abdomen montre un ventre qui respire bien, il est sensible à la palpation, qui révèle un point douloureux très net localisé à la fosse iliaque droite; on trouve également dans cette même région un peu de défense musculaire sans qu'il soit permis de parler de contracture véritable. Au toucher rectal, on constate une sensibilité marquée du cul-de-sac latéral droit; la langue est propre; on ne note pas de tendance syncopale.

Devant un tel tableau chez cette enfant, nous posons le diagnostic d'appendicite aiguë et l'intervention d'urgence est décidée. »

En voici le compte rendu :

Incision habituelle dans la fosse iliaque droite.

Dès l'ouverture du péritoine, apparition d'un liquide sanguinant en assez grande quantité.

L'examen rapide du méso, de l'appendice, les révèle normaux.

L'incision est élargie vers la partie inférieure pour rechercher l'origine de l'épanchement sanguin.

Après avoir aspiré le sang à l'aspirateur et évacué quelques caillots, on examine l'utérus et les annexes droites.

L'ovaire droit apparaît alors un peu augmenté de volume et présente à sa surface un follicule de de Graaf rompu qui saigne goutte à goutte.

Après essai de suture hémostatique de la région, l'ablation de l'ovaire droit est décidée, car il présente les caractères d'un ovaire scléro-kystique.

On vérifie l'intégrité des annexes et de la trompe du côté opposé; on termine par une appendicectomie préventive, l'excellent état de l'opérée le permettant. »

Les suites opératoires ont été normales. Lever au bout de dix jours.

Les règles, depuis ce moment, ont été régulières, non douloureuses.

L'examen histologique fut pratiqué par le Docteur MARTINEAU, qui donna la réponse suivante :

« Mademoiselle C..., N° 30.840.

« Examen histologique d'un ovaire et d'une trompe.

« Pièces fixées au liquide de Bouin.

« Inclusion à la paraffine.

« Coloration hématéine éosine orange Van Giersen.

« 1° *La trompe* : les coupes faites en divers endroits ne montrent aucune lésion spécifique d'une affection quelconque; les couches épithéliales et musculaires sont normales. On trouve juste quelques rares hématies dans la région des franges. La lumière du canal salpingien est normale.

« 2° *L'ovaire* présente les caractères d'un ovaire adulte, mais renferme plusieurs formations kystiques dont l'une de la grosseur d'un poids, visible à l'œil nu.

« Le tissu conjonctif interstitiel est dense et autour des formations kystiques prend un aspect scléreux.

« Les vaisseaux sont abondants et dilatés, sans s'écarter du type normal.

« La lésion principale de l'ovaire est caractérisée par la rupture d'un follicule vers l'extérieur, rupture qui a été la cause d'une importante hémorragie *in situ* : capillaires proximaux dilatés, infiltration du tissu conjonctif par des hématies.

« On ne constate aucune lésion d'ordre bacillaire ou néoplastique.

« En somme, ovaire scléro-kystique renfermant un follicule ayant déterminé une *importante hémorragie*. »

L'intérêt de cette observation réside surtout en deux points sur lesquels nous voudrions insister.

D'une part, la grossesse ectopique n'est pas l'unique cause des hémorragies intra-péritonéales d'origine gèni-

tale et, bien que de beaucoup la plus fréquente, elle ne doit pas faire oublier le rôle des hémorragies d'origine ovarienne.

D'autre part, les problèmes diagnostiques que pose un tel syndrome abdominal, notamment avec celui d'appendicite aiguë, sont souvent difficiles à trancher.

PREMIER POINT

Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale ont, en effet, été attribuées aux causes les plus diverses et leurs conceptions pathogéniques se sont modifiées à plusieurs reprises. Les gynécologues attribuaient autrefois les sources les plus variées à ces épanchements sanguins invoquant une pachypéritonite hémorragique, l'exhalaison péritonéale, le reflux menstruel par les trompes, la rupture du plexus utéro-ovarien et bien d'autres causes.

Mais les travaux de LAWSON-TAIT, puis la thèse de CESTAN, en 1894, viennent faire jouer le rôle majeur à la rupture de grossesse tubaire.

Et, dès lors, le mécanisme de la rupture de la grossesse ectopique semble devoir suffire à expliquer toutes les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale.

BAUMANN commence sa thèse par ces mots : « Dans l'étiologie de l'hématocèle l'ovaire doit céder le pas à la trompe. »

Or, depuis quelques années (comme nous l'avons montré précédemment), une réaction a commencé à se manifester contre une interprétation trop exclusive et, successivement, les travaux de CHARRIER, de BONNEAU, de DUHAIL, la thèse de BESANÇON, la thèse de MERLE (tous ouvrages analysés au début de notre travail), attirent l'attention sur certains facteurs étiologiques des inonda-

tions péritonéales dont les classiques ont trop diminué l'importance.

MOULONGUET commence un rapport à l'académie de Chirurgie (juin 38) en ces termes : « L'excellente thèse de BAUMANN (Paris, 1934) rassemble tous les matériaux de la question des hémorragies intrapéritonéales non gravidiques d'origine ovarienne. »

A la lueur de ces travaux, il apparaît incontestable que, si la rupture de la grossesse extra-utérine est la cause principale des hémorragies intra-péritonéales, il existe des causes plus rares dont on doit tenir compte et notamment les hémorragies ovariennes.

L'origine de l'hémorragie peut être péritonéale, c'est là exceptionnel.

Rarement aussi elle est utérine, par rupture des veines péri-utérines ou par le reflux du sang cataménial, et l'on observe surtout des hémorragies compliquant l'évolution d'un fibro-myome de l'utérus.

Parmi les causes tubaires, en dehors de la rupture d'une paroi tubaire distendue par le développement d'un œuf à l'intérieur de la lumière de la trompe dont on sait l'importance et sur laquelle nous n'insisterons pas, peuvent survenir des hémorragies indépendantes de la grossesse ectopique; elles sont très rares et peuvent être dues à une salpingite aiguë, chronique, tuberculeuse, syphilitique ou à une rupture de tumeur salpingienne.

Mais c'est surtout sur les origines ovariennes des hémorragies intra-péritonéales que nous voulons insister.

Certes, elles sont dépassées de beaucoup par la fréquence des hémorragies par rupture de grossesse extra-utérine, et ce serait une erreur de leur assigner une place trop considérable dans l'étiologie des hémorragies

intra-péritonéales d'origine génitale, car il faut insister sur le fait qu'elles restent relativement rares.

Elles peuvent survenir à tous les âges de la vie, ménopause, maturité sexuelle, et même post-pubère comme nous le montre notre observation, et c'est par tous ses tissus : stroma, tissu noble ou même tissu néoformé que l'ovaire peut leur donner naissance.

Leur pathogénie est très variable et souvent difficile à préciser.

L'hémorragie peut être secondaire à la rupture de l'ovisac. On sait que, lors du cycle menstruel normal, cette rupture ne s'accompagne d'aucun écoulement sanguin appréciable, et c'est anormalement, si l'ovaire est hymérémicé, si l'ovisac est volumineux, que peut se produire, lors de la rupture, une hémorragie plus abondante à laquelle BONNEAU a donné le nom de « pont ovulaire hémorragique ».

Quant à l'hémorragie par rupture ou expulsion d'un corps jaune, elle est très rare.

Mais plus souvent ces hémorragies surviennent au cours de l'évolution de kystes de l'ovaire; kystes généralement petits à contenu citrin, et à l'occasion d'un traumatisme ou d'une torsion.

Elles se produisent aussi fréquemment aux dépens de kystes hématiques développés dans les ovaires sclérotiques.

Il peut s'agir alors de rupture d'un kyste lutéinique ou d'un kyste folliculaire, survenant généralement 14 à 16 jours après la dernière menstruation, c'est-à-dire au moment de la nouvelle ponte ovulaire, assez souvent chez des jeunes filles vierges, dont les règles sont dou-

loureuses, faits qui rentrent dans le cadre de notre observation.

D'autres fois ces hémorragies sont dues à une apoplexie réalisée par une hémorragie diffuse ou parenchyme ovarien.

Il est, par contre, exceptionnel que des hémorragies ovariennes aient pu survenir à partir de lésions néoplasiques des ovaires, et nous ne ferons que signaler les hémorragies dues à une rupture interrompant l'évolution d'une grossesse ovarienne vraiment rarissime.

La rupture de grossesse extra-utérine n'est donc pas, comme tendaient à le considérer les classiques, la cause unique des hémorragies intra-péritonéales.

Certes, c'est la cause de beaucoup la plus fréquente, qu'il faut toujours soupçonner, et que l'on ne peut pas éliminer sans qu'un examen histologique des annexes ait été fait, car on sait l'existence de formes microscopiquement invisibles.

Mais il existe d'autres facteurs étiologiques, beaucoup plus rares mais non négligeables, parmi lesquels il faut faire une place prépondérante aux hémorragies d'origine ovarienne dont la pathologie, nous l'avons vu, est complexe et souvent révélée seulement par l'examen histologique de la pièce opératoire.

DEUXIEME POINT

Le deuxième point sur lequel nous désirons également insister est la difficulté du diagnostic (que vient une fois de plus illustrer notre observation) entre l'inondation péritonéale et l'appendicite aiguë.

Sur cette difficulté ont déjà insisté de nombreux auteurs, parmi lesquels FESQ dans sa thèse, L. BONNET et enfin BAUMANN pour qui 50 % des cas d'hémorragie péritonéale non gravidiques ont été pris pour des appendicites aiguës.

Il est, en effet, exceptionnel qu'une appendicite aiguë soit prise pour une inondation péritonéale, et c'est généralement l'erreur inverse qui est commise; car il est à remarquer que l'ovaire droit est, le plus souvent, en cause.

Mais le D^r MOULS a opéré deux cas où les deux éléments : appendicite aiguë et rupture de grossesse tubaire coexistaient.

L'appendicite semble avoir été l'élément provocateur de la grossesse ectopique.

Dans les cas typiques, l'inondation péritonéale a une symptomatologie qui ne peut guère prêter à confusion avec une crise d'appendicite aiguë.

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic est souvent très difficile, surtout dans les hémorragies ovariennes où manque la notion de retard de règles, suivies de métrorragies, souvent caractéristiques et si

précieuses à l'établissement du diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Les difficultés sont encore plus grandes chez l'enfant, car on pense d'autant moins à *une cause génitale de ce syndrome abdominal*.

Aussi allons-nous reprendre les principaux symptômes sur lesquels s'appuie le diagnostic et nous efforcer de montrer combien leur interprétation en est souvent difficile.

La douleur initiale est peut-être moins brutale, plus progressive dans l'appendicite aiguë, son siège est moins bas situé.

En réalité, c'est là une interprétation bien délicate, d'autant que la douleur, au cours de l'inondation péritonéale, peut prendre, par sa diffusion, des caractères bien différents.

Les vomissements sont beaucoup plus fréquents dans l'appendicite aiguë, mais ils se rencontrent également dans l'inondation péritonéale comme en témoigne notre observation.

Il en est de même du hoquet, de l'arrêt des matières et des gaz qui traduisent également une réaction péritonéale.

Les troubles respiratoires se trouvent également au cours de l'appendicite aiguë et de l'inondation péritonéale.

La pâleur du faciès et la décoloration des muqueuses constituent, certes, un excellent symptôme d'anémie aiguë s'opposant au faciès plus souvent plombé de l'appendicite aiguë, mais c'est là une impression clinique bien difficile à apprécier.

L'état syncopal, et surtout la tendance à la reproduction des syncopes à l'occasion de mouvements de la malade, constituent un symptôme de grande valeur en face de l'hémorragie péritonéale.

Mais il peut *faire défaut*, comme dans notre observation, où *l'hémorragie n'est pas encore très abondante*.

Il en est de même des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue, de la sensation de froid, et de la soif souvent vive qu'accusent les malades.

L'étude de la température ne peut apporter d'élément bien concluant au diagnostic :

En effet, classiquement il y aurait, au début, de l'hémorragie intra-péritonéale, hypothermie.

Au cours de certaines appendicites toxiques, on note parfois une élévation thermique légère qui peut être précoce, comme chez notre petite malade, et due à la réaction péritonéale.

Le pouls, petit, rapide, ne paraît guère apporter au diagnostic d'élément en faveur d'une inondation péritonéale que s'il coexiste avec une température normale, encore que l'on rencontre un tel ensemble dans les appendicites toxiques.

Au contraire, un pouls accéléré allant de pair avec une légère élévation thermique, comme dans notre observation, est très en faveur d'une appendicite aiguë.

A l'examen. — La douleur provoquée, bien localisée au point de Mac BURNEY dans l'appendicite, est plus diffuse et plus basse dans l'inondation péritonéale; mais c'est là bien difficile à apprécier surtout chez l'enfant.

La défense musculaire, et à plus forte raison la contracture localisée à la fosse iliaque droite, constituent

les meilleurs éléments en faveur du diagnostic d'appendicite aiguë.

Cependant, il peut exister, ainsi que l'ont rapporté de nombreuses observations, un certain degré de défense musculaire dans les épanchements sanguins intra-péritoneaux.

La percussion ne peut apporter que peu de renseignements.

Il y aurait du tympanisme dans l'inondation péritonéale et, si la matité dans les flancs constitue un excellent symptôme d'hémorragie, sa constatation nécessite un épanchement très important.

Quant au toucher vaginal, il détermine dans les inondations péritonéales une douleur très vive, le cri du DOUGLAS classique qui, contrastant avec l'absence de contracture abdominale, constitue le signe de PROUST.

Mais, chez notre malade, le toucher rectal avait provoqué une douleur du cul-de-sac droit qui pouvait être interprétée en faveur d'une appendicite.

Enfin l'état de la langue constitue un excellent symptôme : saburrale dans l'appendicite, il est au contraire assez fréquent de la trouver propre et humide dans les hémorragies intra-péritonéales.

En résumé, il n'y a pas de signe pathognomonique permettant de trancher de façon certaine le diagnostic d'appendicite aiguë, en raison de sa beaucoup *plus grande fréquence*.

D'ailleurs, l'erreur de diagnostic ne présente pas une importance capitale.

Ce qu'il faut, c'est, en présence de ce syndrome abdominal aigu, POSER UN DIAGNOSTIC D'INTERVENTION D'URGENCE.

Seul importe le siège de l'incision, et, si l'on part avec le diagnostic d'appendicite, on fait une incision dans la fosse iliaque droite.

Parfois, on peut, par l'incision agrandie, comme l'a faite le D^r MOULS, atteindre l'ovaire qui saigne, mais, dans d'autres cas, on est obligé de refermer l'incision iliaque, définitivement, ou temporairement, avec une pince, et de pratiquer une nouvelle incision médiane.

Deux questions se posent enfin au cours de l'intervention :

La conduite à tenir vis-à-vis de *l'ovaire* d'une part et de l'appendice d'autre part.

L'ablation bi-latérale de l'ovaire a été préconisée par certains auteurs qui estiment que l'ovarite hémorragique est bi-latérale, mais il semble là que ce traitement « curatif et prophylactique d'accidents hypothétiques », comme le dit MERLE dans sa thèse, soit vraiment trop excessif.

L'ablation totale s'impose quand l'ovaire, lésé par de gros kystes, peut être considéré fonctionnellement comme détruit, c'était le cas de notre opérée.

Mais l'ablation partielle sera préférée chaque fois que les lésions sont circonscrites, surtout chez une femme jeune.

Enfin la question se pose de l'ablation de l'appendice.

Elle s'impose évidemment si celui-ci semble malade.

Si, au contraire, il est sain, en apparence, on peut néanmoins faire une appendicectomie préventive si l'état de la malade et la durée de l'intervention le permettent.

CONCLUSIONS

Il semble, d'après les opinions précédemment citées, que l'unanimité des auteurs se soit faite sur l'intervention systématique dans les hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne survenant immédiatement après la puberté.

Cette affection diagnostiquée ou non, on se trouve, en effet, devant un syndrome abdominal aigu.

Si le diagnostic est souvent difficile, c'est néanmoins à défaut de plus de précision, presque toujours un diagnostic d'urgence.

Nous dirons volontiers un *diagnostic chirurgical*.

Il semble alors évident que se borner à un traitement médical, aussi complet soit-il, fait courir un risque considérable à la malade.

Au lieu d'essayer ces moyens termes, qui peuvent certes améliorer, sinon parfois guérir, n'est-il pas plus sûr d'aller voir ce qui se passe.

Que risque-t-on? disait CESTAN.

« A côté d'une opération inutile, extrêmement rare d'ailleurs, on a la satisfaction d'une cure radicale, qui est d'autant plus bénigne que précoce; qu'il s'agisse d'une affection intestinale telle que l'appendicite, ou, et à plus forte raison encore, d'une hémorragie intra-péritonéale.

« Un organe saigne, n'est-il pas plus simple d'arrêter d'emblée l'hémorragie? »

Cette opinion a été celle de tous nos Maîtres et nous concluons sur la phrase de l'un d'autre eux :

« A quoi servirait alors la chirurgie si on ne l'employait pas dans de tels cas? »

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Cestan. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. (Thèse, Paris, 1984.)

Fesq. — Thèse Paris, 1911-1912.

Merle. — Thèse Paris, 1924.

Besançon. — Thèse Paris, 1929.

Charrier. — Mématocèle rétro-utérine par rupture d'un hématome de l'ovaire. (Jour. de Méd. de Bordeaux, 1912.)

Riche, Aussilloux et Cheynel. — Hémorragie intra-péritonéale non gravidique d'origine ovarienne simulant une appendicite aiguë. (Presse Médicale, 8 avril 39, p. 534.)

Lucioni, Lhucia et Lioper. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne (malade opérée pour une appendicite). (Presse Médicale, 12 avril 1939, p. 550.)

Duhail. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse. (Semaine des Hôp. de Paris, 20 mars 1925.)

P. Fabre. — Tortion des annexes saines (rapport J. Quenu, Académie de Chirurgie, 22 fév. 39.)

Aevoli. — Apoplexie ovarienne. (La Riforma medica, 25 fév. 39.)

Mengert. — Puberté précoce due à un kyste de l'ovaire chez une fille de 5 ans. (American Jour. of Obs. and Gyn., mars 39.)

Chatillon. — Rupture d'un kyste de l'ovaire volumineux. (Helvetia Medica acta, janv. 39.)

Marcoulides. — La première menstruation dans ses rapports avec la puberté féminine. (Le Dauphiné Médical, déc. 38.)

Marcoulides. — Les hémorragies utérines pubertaires. (Le Dauphiné médical, déc. 38.)

Laewen. — Sur les sources des hémorragies spontanées massives rétro et intra-péritonéales. (Zentralblatt für Chirurgie, 15 juillet 39.)

Russel Andrews. — Jeune fille 14 ans jamais réglée; opération; cavité péritonéale occupée par sang. (F. of Obs. Gyn. of the Br. Emp., juin 1911.)

Novak. — Jeune fille 15 ans... (J. of American Med. assoc., 21 avril 1917.)

Bonneau. — La forme légère mais récidivante de l'ovulation hémorragique. (Revue gén. de Clin. et de Thérap., 1934.)

R. Bonneau. — Inondation périt. par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne. (Presse Médicale, 28 février 1913.)

Flamand. — Hémorragies péritonéales d'origine ovarienne. (Société belge de Chirurgie, 28 mai 1938.)

Weintraub. — 758 cas d'hémorragies utérines en dehors de la grossesse. (American Journal of Obs. and Gyn., septembre 1938.)

Benzadon. — Fibromyome de l'ovaire. (Boletines de la Soc. de Cirurgia de Rosario, juillet 1938.)

Charbonnel et Ringenbach. — Métrorragies mortelles par yste ovarien folliculaire. (Jour. de Méd. de Bordeaux et Sud-Est, sept. 38 et juin 38.)

Pederzoli. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. (*Giornale Veneto di Scienze Med.*, mai 1938.)

Péry et Duhart. — Hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. (*Société de Gyn. et d'Obs. de Paris*, 21 juin 1938.)

Minne et Gernez. — Kyste de l'ovaire chez l'enfant. (*La Gynécologie*, novembre 1938 et déc. 38.)

Binet. — La puberté précoce. (*Paris Médical*, 17 déc. 38.)

Piette. — Les hémorragies utérines. (*Union médicale du Canada*, nov. 38.)

Laumonier et Lacoste. — Hémorragies intra-péritonéales non gravidiques. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 16 oct. 38.)

Laumonier et Lacoste. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne non gravidique, l simulant l'appendicite. (*Soc. de Chirurgie de Bordeaux et Sud-Est*, juin 38.)

Ch. Marx. — Hémorragies intra-péritonéales non gravidiques d'origine ovarienne (syndr. abd. aigu simulant l'appendicite). (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 8 juin 38, rapport de M. P. Moulonguet.)

Corio et Giralt. — Les appendicectomies au cours des opérations gynécologiques. (*La Semana medica*, 5 janvier 39.)

Pierra. — L'apoplexie ovarienne, observations. (*Revue française de Gyn. et d'Obs.*, février 39.)

Tapella. — Douleur précordiale dans les dysfonctions de l'ovaire. (*La Semana medica*, 2 février 39.)

Jeanneney et Rousseau. — Un cas de folliculome de l'ovaire. (Jour. de Méd. de Bordeaux et Sud-Est, 25 fév. 39.)

Zemkova. — Erreur de diagn. des kystes de l'ovaire. (Vestnik chirurgie imeni Grekova, 1938.)

Flamand. — Hémorragies péritonéales d'origine ovarienne. (Le Scalpel de Bruxelles, 31 déc. 38.)

Bravarski. — Un cas d'hémorragie grave du corps jaune. (Gyn. et Obs. Paris, janvier 39.)

Bourg. — Les appendicites pelviennes. (Bruxelles Médical, 15 janvier 39.)

Van Verts. — Les app. pelviennes. (Bruxelles Médical, 15 janvier 39.)

Tilly Rozhledy. — Diagn. différentiel de l'appendicite et des annexites aiguës. (V Chirurgii, revue mensuelle tchécoslovaque de Chirurgie, 1939.)

Patel et Marion. — Hématocèle péritonéale par rupture d'un kyste ovarien. (Lyon Médical, 29 oct. 39.)

Savesco et Steopoe. — Inondation péritonéale par rupture d'un yste lutéinique. (Revista de Chirurgie, juillet-août 39.)

Marinesco-Slatina. Popovici Davidesco et Athanasii Vergu. — Inondation péritonéale par rupture de kyste hématique du corps jaune. (Revista de Chirurgie, juillet-août 39.)

